

Prezentacja skali NBAS

Podstawowe założenia, które wzięto pod uwagę przy opracowaniu tej skali, są następujące:

- noworodki posiadają zdolności i umiejętności, które służą zaspokajaniu ich potrzeb w pierwszym okresie życia,
- zachowanie dziecka jest językiem – obserwacja tego zachowania daje nam wiedzę o możliwościach i potrzebach dziecka,
- noworodek poprzez zachowanie reguluje swoje kontakty ze środowiskiem – zachowaniem reaguje na bodźce zewnętrzne, ale też mówi nim o swoich potrzebach.

Założenia te implikują konieczność bacznego obserwowania zachowań noworodka, które koncentrują się wokół 4 podstawowych rodzajów zadań tworzących 4 sfery układów. Są to mianowicie zadania dotyczące:

- regulacji w obrębie układu autonomicznego,
- stabilizacji układu ruchowego,
- regulacji stanów,
- układu interakcji społecznych.

Regulacja w obrębie układu autonomicznego

– regulacja oddechu, temperatury ciała. Prawidłowe funkcjonowanie tego układu umożliwia dziecku podejmowanie zadań z innych obszarów. Szczególnie dzieci wysokiego ryzyka mogą mieć w tym zakresie trudności. Często wykorzystują one większość swojej energii na prawidłowe funkcjonowanie układu autonomicznego. Wówczas bodźce wzrokowe, słuchowe mogą być dla nich nadmiernie obciążające – pojawiać się może zakłócenie oddechu, drżenie, zmiana zabarwienia skóry.

Stabilizacja układu ruchowego – utrzymanie prawidłowego napięcia mięśniowego, wyhamowanie przypadkowych ruchów. Dziecko mające z tym problemy może potrzebować kontaktu dotykowego (np. przytulenia, spowijania), który pomoże mu uspokoić się.

Regulacja stanów – stan to zbiór określonych zachowań posiadających jasno określone cechy. Prekursorzy badań tej problematyki, dr P. Wolff – psychiatra dziecięcy z Bostonu – i prof. H. Prechtel – psycholog z Groningen – wyróżnili 6 stanów świadomości noworodka, w zależności od stopnia snu i aktywności. Są to:

- 2 stany snu – sen głęboki i sen lekki,
- 1 stan przejściowy – tzw. stan senności,

- 3 stany czuwania – czujność, aktywność i płacz¹¹.

Niemowlę, które powoli przechodzi z jednego stanu w drugi i utrzymuje stan snu lub czuwania przez dłuższy okres, wykazuje umiejętności radzenia sobie z otaczającym światem. Umiejętność kontrolowania stanów przez dziecko pozwala mu przetwarzać i reagować na informacje z otoczenia.

Układ interakcji społecznych – jeżeli pozostałe układy są pod kontrolą, dziecko może odkrywać świat przy pomocy wzroku i słuchu.

Dzieci nie opanowują zadań z poszczególnych układów w sposób linearny, hierarchiczny. Np. nawet u dobrze zorganizowanego noworodka można zaobserwować wzdrygnięcie, ponieważ układ autonomiczny noworodka nigdy nie jest doskonale zorganizowany. Jednakże pod koniec drugiego miesiąca większość niemowląt potrafi zintegrować działanie tych czterech układów – jest gotowe do podejmowania kolejnych zadań. *Oznacza to, że dziecko jest gotowe do bycia partnerem w interakcji¹².*

Zawartość skali NBAS

W celu uchwycenia wszystkich możliwości wykonywania przez dziecko zadań z poszczególnych układów skala zawiera:

- 28 pozycji badawczych dotyczących zachowań (np. reakcja na głos, grzechotkę, dzwonek),
- 18 pozycji badających stan neurologiczny – bada się tu występowanie odruchów (w tym np. odruch chodzenia, pełzania, ssania, i inne),
- 7 pozycji uzupełniających, które odnoszą się przede wszystkim do wcześniaków, dzieci z wadami wrodzonymi.

Obserwacja zachowania dziecka w tych różnych obszarach jest okazją do poznania jego preferencji i daje przesłanki do formułowania prognozy odnośnie do jego rozwoju oraz przekazania wskazówek i rad rodzicom, jeśli pojawią się sytuacje trudne. Na przykład w czasie przedłużającego się badania dziecko może być zniecierpliwione, wówczas może wystąpić drżenie mięśni, grymas na twarzy, a nawet płacz. *Noworodek, który nie potrafi uspokoić się sam ani zareagować spokojem na próby*

¹¹ Klaus Marshall H., Klaus Phyllis H. *Twoje zadziwiające małenstwo*, ibidem.

¹² Brazelton T.B., Nugent J.K. *Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)*. Handbook. The Brazelton Institute Children's Hospital, Boston 2005, s. 3.

pocieszenia ze strony opiekunów, będzie trudny do pielęgnowania. Niemowlę nadpobudliwe i skóre do płaczu może potrzebować snu na brzuszku, kołysania i noszenia przed spaniem. Łagodzi to dyskomfort i zmniejsza napięcie mięśni. Kiedy jest zadowolone, może bardziej skupić się na odbieraniu bodźców i uczyć kontrolowania odruchów¹³.

Czas, warunki i przebieg badania

Najczęściej jedna sesja trwa około 30 minut. Zaleca się, aby badanie odbyło się w połowie czasu między karmieniami.

Przed spotkaniem z dzieckiem i rodzicami badający powinien zapoznać się z historią dziecka. Wskazana jest tu nie tylko analiza dokumentacji, ale też rozmowa z rodzicami, ostatecznie jednym z nich. W wyniku rozmowy powinno ustalić się między innymi dane dotyczące porodu (termin, komplikacje...), punktacji w skali Apgar, sposobu karmienia, struktury rodziny, wieku rodziców i ich obaw, niepokojów odnośnie do badanego dziecka.

Pokój, w którym będzie przebiegało badanie, powinien być cichy, niezbyt jaskrawo oświetlony, a optymalna temperatura otoczenia to około 22-27 stopni Celsjusza. Zwykle obserwację dziecka przeprowadza się w następującej kolejności:

1. Obserwacja dziecka we wszystkich fazach snu, tj. głęboki i lekki sen, rozbudzanie się, pełne rozbudzanie – marudzenie, płacz. Kiedy noworodek przechodzi z jednego stanu w drugi, sprawdza się jego reakcje na bodźce zewnętrzne. *Noworodek, który powoli przechodzi z jednego stanu świadomości w drugi i potrafi pozostawać w tym stanie mimo napływu negatywnych bodźców, już ma wspaniałe możliwości przystosowania się do otoczenia. Jeżeli natomiast odbywa się to bardzo szybko, dziecko płacze i stale mu coś przeszkadza, będzie potrzebowało pomocy ze strony swoich rodziców, aby nauczyć się kontrolowania swoich odruchów¹⁴.*
2. Obserwacja dziecka rozebranego – sprawdza się wówczas: reakcje na dotyk, podnoszenie; stan nawodnienia skóry i odżywienia – kolor skóry, ilość tkanki tłuszczowej. *Dziecko, które przeżyło uraz w łonie matki, ma skórę popalowaną, zmarszczoną i łuszczącą się. Wygląda jak zmęczony staruszek. Po odpowiednim nawodnieniu i nakarmieniu znacznie przybiera na wadze, skóra wygładzi się, a twarz zaokrągla¹⁵.*
3. Badanie odruchów i reakcje na otoczenie: *Noworodek, który miał krwotok lub był niedotleniony*

¹³ Brazelton T.B. *Emocjonalny i fizyczny rozwój twojego dziecka przez pierwsze lata życia – punkty zwrotne*, s. 37.

¹⁴ Op. cit., s. 33.

¹⁵ Ibidem.

w czasie porodu, nie jest w stanie ujawnić wszystkich odruchów (...) jeśli odruchy są słabe lub za silne, muszą zbadać dziecko za kilka dni i obserwować zmiany. (...) Jeżeli taki stan utrzymuje się dłużej, musi istnieć przyczyna, na przykład zmiany w układzie nerwowym. Diagnoza musi być postawiona jak najszybciej, wiadomo bowiem, że wczesne wykrycie nieprawidłowości przyspieszy okres zdrowienia¹⁶.

4. Dziecko w wieku starszym obserwuje się też w czasie wykonywania codziennych czynności, w tym pielęgnacyjnych, karmienia i zabawy. Powinno się też pytać rodziców (jeśli nie ma możliwości bezpośredniej obserwacji) o zachowanie dziecka w różnych porach dnia – umożliwi to określenie rytmu dobowego dziecka i domowników.

Udział rodziców w procesie badania

W czasie badania wymagana jest obecność rodziców, należy więc zapewnić im miejsce siedzące, tak by mogli swobodnie obserwować reakcje dziecka i komentować jego zachowanie. *Wspólna obserwacja stwarza okazję obserwacji i interpretacji zachowania dziecka przez rodziców i specjalistę. Jej celem jest pomoc rodzicom w odczytywaniu wskazówek, jakie dziecko daje nam swoim zachowaniem i w ten sposób pomoc w lepszym zrozumieniu noworodka¹⁷.*

Przed badaniem trzeba też wyjaśnić rodzicom cel spotkania, objaśnić, co mamy zamiar zrobić. Rodzice powinni również wiedzieć, że w każdym momencie mogą przerwać ocenę, jeżeli wyda im się to konieczne. W czasie badania, aby ułatwić rodzicom rozumienie, również w przyszłości, zachowań dziecka, trzeba komentować pojawiające się sytuacje, zwracać uwagę na to, co istotne. Rodzice, rozumiejąc zachowanie dziecka, będą umieli przewidzieć pewne zachowania, z którymi stykają się w czasie opieki nad noworodkiem¹⁸. Po badaniu należy omówić z rodzicami uzyskane informacje o dziecku. Ważne jest wówczas eksponowanie mocnych stron i zwrócenie uwagi na obszary niepokojące, wymagające wsparcia.

Cele stosowania skali NBAS

Podstawowym celem stosowania skali Brazeltona jest ocena zachowania noworodka i ułatwienie rodzicom, opiekunom poznania sposobów rea-

¹⁶ Op. cit., s. 34.

¹⁷ Brazelton T.B., Nugent J.K. *Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)*, s. 26.

¹⁸ Brazelton, T.B. *Emocjonalny i fizyczny rozwój twojego dziecka przez pierwsze lata życia – punkty zwrotne*, s. 38.

gowania dziecka na różne bodźce, a tym samym ułatwienie lepszego zrozumienia tego, co dziecko lubi, a czego nie, i poznanie sposobów sygnalizowania przez nie tych stanów.

Celem stosowania skali NBAS nie jest diagnoza nieprawidłowości, ale opisanie pełnego repertuaru zachowań dziecka z wyraźnym akcentem na mocne i słabe strony. *W przeciwieństwie do (...) testów medycznych jest ona dostosowana do obserwowania aktywnego zachowania noworodka i ocenia jego najlepszą wydolność*¹⁹. Stosując skalę, koncentrujemy się więc na mocnych stronach funkcjonowania dziecka. Akcentowanie tego, co dobre w rozwoju dziecka, ma ułatwić rodzicom nawiązanie i budowanie emocjonalnych więzi z dzieckiem.

Podsumowanie

Tytuł niniejszego tekstu obliguje nie tylko do omówienia skali Brazeltona, ale też do ukazania możliwości zastosowania tej skali w procesie wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka. W literaturze przedmiotu występuje wiele definicji „wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka”. Do dalszych rozważań przyjmuję, że są to wszelkie działania mające na celu *pobudzenie psychoruchowego i społecznego rozwoju dziecka od chwili wykrycia niepełnosprawności (zaburzenia) do podjęcia nauki*²⁰. Wczesne wspomaganie dotyczy nie tylko dziecka, lecz również jego rodziców, jak i warunków życia dziecka w szerokim ich znaczeniu²¹.

Proces wczesnego wspomaganie powinien być zatem realizowany według następujących etapów:

- wczesne wykrywanie/rozpoznawanie,
- wczesna diagnoza,
- ustalanie indywidualnych programów,
- realizacja tych programów,
- ewaluacja²².

Każdy z tych etapów jest równie ważny, stanowi ogniwo w łańcuchu oddziaływań naprawczych. Jednakże nie byłoby dalszych działań bez etapu wykrycia – etapu, w którym docieramy do dziecka i rodziny wymagającej wsparcia. Wykrywanie

wiąże się ze wstępną oceną potrzeb i możliwości dziecka i jego rodziny. Z doświadczenia wiadomo, jak trudne może być, a zarazem jak ważne jest wykrycie pierwszych symptomów zaburzeń. Jedną z możliwości ułatwiających rozpoznawanie tych potrzeb może być właśnie skala Brazeltona. Analizując dalsze etapy procesu wczesnego wspomaganie, można zauważyć, że również w ich realizacji skala Brazeltona może być przydatna.

Bibliografia

1. Brazelton T.B. *Emocjonalny i fizyczny rozwój twojego dziecka przez pierwsze lata życia – punkty zwrotne*, Wydawnictwo Amber, Gdańsk 2002.
2. Brazelton T.B., Nugent J.K. *Neonatal Behavioral Assessment Scale (NBAS)*. Handbook. The Brazelton Institute Children's Hospital, Boston 2005.
3. Cytowska B., Winczura B. [red.] *Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
4. Eliot L. *Co tam się dzieje? Jak rozwija się mózg i umysł w pierwszych pięciu latach życia*, Media Rodzina, Poznań 2003.
5. Gresnigt H. *Znaczenie wczesnej interwencji dla rozwoju małego słabowidzącego dziecka* [w:] Walczak G. [red.] *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*, WSPS, Warszawa 1995.
6. Klaus Marshall H., Klaus Phyllis H. *Twoje zadziwiające małenstwo*, Wydawnictwo Prószyński i S-ka Warszawa 2003.
7. Leonhard, M. *Case study*. Materiały niepublikowane. Referat wygłoszony w czasie „Workshop on Early Intervention”, Warsaw 2005.
8. Nugent J.K. *Using the NBAS with Infants and Their Familie. Guidelines for intervention*, Harvard Medical School, Boston 1985.
9. Rozporządzenie MENiS z dnia 4 kwietnia 2005 roku w sprawie warunków organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci, Dz. U. Nr 68, poz. 587.
10. Walczak G. „Wczesna interwencja” a „wczesne wspomaganie rozwoju” – kwestie terminologiczne [w:] *Pedagogika specjalna. Różne poszukiwania – wspólna misja*, APS, Warszawa 2009.

¹⁹ Op. cit., s. 31.

²⁰ Rozporządzenie MENiS z dnia 4 kwietnia 2005 roku w sprawie warunków organizowania wczesnego wspomaganie rozwoju dzieci, Dz. U. Nr 68, poz. 587.

²¹ Gresnigt H. *Znaczenie wczesnej interwencji dla rozwoju małego słabowidzącego dziecka* [w:] Walczak G. [red.] *Problemy wczesnej rehabilitacji niewidomych i słabowidzących dzieci*, WSPS, Warszawa 1995, s. 14.

²² Ibidem.

*Autorka jest pracownikiem naukowym
Akademii Pedagogiki Specjalnej
im. Marii Grzegorzewskiej
w Warszawie*
